



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO  
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202086000746

Número Único: 0000739-22.2020.8.25.0059

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 09/06/2020

Competência: Poço Redondo

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: \*\*\*\*\*

**Assuntos**

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: JOSÉ ARAGÃO ALVES DE SANTANA

Endereço: Povoado Alto Vistoso

Complemento:

Bairro: Zona Rural

Cidade: POCO REDONDO - Estado: SE - CEP: 49810000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO  
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apenasdos:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO  
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202086000746

**DATA:**

07/07/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200707102901292 às 10:29 em 07/07/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000001032674-3

---

Nr. da Autenticação 7D973AABF499CE46

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190645901      **Cidade:** Poço Redondo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA      **Data do acidente:** 30/07/2019      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL  
SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/11/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º METACARPO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P11

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
<b>Total</b>			<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

NOME:

Fon Araújo Am. de Santos

## RELATÓRIO DE ALTA

DIAGNÓSTICO: Fr 3mrc var ▷

PROCEDIMENTO: Fixação metálica

DATA DA INTERNAÇÃO: 13 / 08 / 19

DATA DO PROCEDIMENTO: 13 / 08 / 19

DATA DA ALTA: 13 / 08 / 19

### ORIENTAÇÕES:

- Repouso em casa e manter MMSS elevados
- **NÃO** retirar talá ou curativo
- Retorno no HUSE com Dr. Constâncio

no dia 22 / 08 / 19

Dr. Constâncio Tavares Jr.  
Ortopedista  
Cirurgião de Mão  
CRM 3691

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL JOSE FRANCO SOBRINHO

No. DO BE: 786570

CNS:

DATA: 13/08/2019 HORA: 05:57 USUARIO: ABSOUZA  
SETOR: 01-ACOLHIMENTO

CIPUSIA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA  
 IDADE.....: 36 ANOS NASC: 15/09/1982  
 ENDERECO....: ALTO VISTOSO S/N  
 COMPLEMENTO...: 702907508244675 BAIRRO: POCO REDONDO  
 MUNICIPIO....: POCO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000  
 NOME PAI/MAE.: JOSE ALVES DE SANTANA /ALTAGENAS CALDEIRA DE SANTAN/  
 RESPONSAVEL...: ESPOSA TEL...: 9801-35-70  
 PROCEDENCIA...: POCO REDONDO  
 ATENDIMENTO...: NAO INFORMADOS  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [ X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO


DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): \_\_\_\_\_

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

## AVALIAÇÃO DE RISCO / ATENDIMENTOS DO ENFERMEIRO

1. Ocorrência / Motivo que levou a procurar o Pronto Socorro:  Busca espontânea  Encaminhamento

1. Quisca / Motivo que no

## 2. Cronologia / Início dos Sintomas:

3. História Progressiva:  CARDIACO  RENAL  RESPIRATÓRIO  HEMATOLOGICO  LIBERAS. MENTAL  ALERGIAS  
Outros:

## Outlook

4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:		HORA:	4. RECLASSIFICAÇÃO:		HORA:
P.A.: <u>100 x 80</u>	F.C.: _____ bpm	P.A.: <u>x</u>	F.C.: _____ bpm		
TAX: _____ °C	F.R.: _____ ipm	TAX: _____ °C	F.R.: _____ ipm		
HGT: <u>90</u> mg/dL	SatO2: _____ %	HGT: _____ mg/dL	SatO2: _____ %		
RISCO: ( ) AZUL ( ) Verde ( ) AMARELO ( ) VERMELHO		RISCO: ( ) AZUL ( ) Verde ( ) AMARELO ( ) VERMELHO			
Enfermeiro (Assinatura e Carimbo): _____		Enfermeiro (Assinatura e Carimbo): _____			

## IL ATENDIMENTO MÉDICO

### 1. Historia Clínica:

2HD:

### 3. Terapéutica:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## APRAZAMENTO

### III. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

IV. TRIAGEM MÉDICA
<input type="radio"/> Sem quebras ou sintomas potencialmente Graves.
<input type="radio"/> Sem alteração na ausculta cardíaca ou pulmonar.
<input type="radio"/> Paciente com perfil da atenção Primária.
Conforme classificação de risco e as condições observadas acima, encaminho a UBS.
Médico:

**SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE  
SERVIÇO DE CIRURGIA DA MÃO HOSPITAL SOCORRO  
PREScrições DIÁRIAS**

DATA: 13 / 06 / 2019

NOME: Jon Aragão Alm de Santana

DIAGNÓSTICO(S): Ex a 3MTC >

	Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre		
2º. Gelco Salinizado		
3º. Keflin 1 g EV 6/6hs ou Kefazol 1 g EV 8/8hs		
4º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV 6/6hs		
5º. Profenid 100 mg + 100 ml SF 0,9 % EV 12/12hs.		
6º. Omeprazol 40mg vo 1 x dia.		
7º. Nauseadron 1 amp Ev de 8/8 hs S/N		
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV 8/8hs <b>LENTO</b>		
9º. Membro superior elevado e observação rigorosa da perfusão distal		
10º. Sinais vitais e cuidados gerais de 4 em 4 horas		
11º. Alta após as <u>14</u> horas com receita e acompanhante		
		</

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

fixed MTC to 15 days in addition to notes. Initiate MTC process during 1st intercession. Start or 12 days after the above

Dr. Constâncio Tavares  
Ortopedista  
Cirurgião de Ma-  
CRM 390° Médica



Nome

José Augusto Santos de Santana

Enfermagem

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
13	15:47	Paciente admitido digo encaminhado a SRPA, consciente, orientado, agenca, sonolento, sem efeitos anestésicos, em uso de sonoterapia — Ticket 564/62
08	15:50	Paciente admitido na SRPA no, por 4º prontuário 3º MIC devido devido pelo 3º contágio, estm sonolento, oximétrico, apneia. — Em uso AVP on sonoterapia em uso + tecido é atoduro e/uso + colite tipo óculo sob fonte 200 em 2L/min, Vias de moço. Portando prontuário completo exames — $\rightarrow$ Fernando 673779
13	16:30	Paciente monitorado, eI: $555VPA = 130 \times 77 \mu m$ $50 \times 100\% P = 50 \text{ bpm}$ e segue domínios das exames da enfermagem — $\rightarrow$ Fernando 673779
	16:40	Paciente exondado, calmo, consciente. Oinda em uso O2, é feita demissão da leitura da equipe enfermagem $555VPA = 129 \times 84 \mu m$ $100\% P = 59 \text{ bpm}$ — $\rightarrow$ Fernando 673779
	16:50	Retirado O2, paciente exondado calmo, eI. Faz demissão — $\rightarrow$ Fernando 673779
	17:00	Paciente encaminhado à leito calmo, consciente, orientado. em uso AVP, em sonoterapia + tecido com (alveolar) digo gesso é feita demissão. Vai se mover. Portando prontuário completo + exames — $\rightarrow$ Fernando 673779
	17:10	Encaminhado (digo) admitido neste setor procedente do CC, exondado consciente e orientado. $\rightarrow$ Fernando 673779
	17:20	Encaminhado (digo) admitido neste setor procedente do CC, exondado consciente e orientado. $\rightarrow$ Fernando 673779
	17:30	Saiu de alta hospitalar, deambulando, consciente e orientado. $\rightarrow$ Fernando 673779

Nome: José Magalhães de Sant'Ana  
Enfermaria

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
13	08:00	Paciente admitido no c.e.p procedente da admission, calmo, consciente, orientado, euf enico, alerta, desorientado, desorientado, euf enico, alerta, desorientado, desorientado, euf enico, alerta P.A: 155x96 P: 56 ST: 99% nega alergia medicamentosa e comorbilidade e realizada AVP com gelco 18 em NS E + soroterapia <span style="float: right;">Tecma 56442</span>
13:00		Paciente aguardando pr realizar ciru gias e exames iniciais com punharia <span style="float: right;">Tecma 68574FD</span>
	14:30	Paciente encaminhado pr belo de eur fia colme e desorientado, orientado. Em esse AVP em soroterapia <span style="float: right;">Tecma 68574FD</span>
14:32		Paciente admitido na Sala de cirurgia calmo, consciente, orientado, eufenico, alerta ligado, desorientado em uso de soroterapia <span style="float: right;">Tecma 56442</span>
14:40		Realizado Bloqueio axilar e loral + sedação por Dr. Alessandro, monitorizado com di nais totais P.A 110x75 P: 57 ST: 98% <span style="float: right;">Tecma 56442</span>
14:50		Inicio do procedimento, realizado Garrote mento por Dr. Fernando, procedimento reali zado por Dr. Fernando + Dr. Gracilene + Dr. cor tunes <span style="float: right;">Tecma 56442</span>
15:30		Termino do procedimento com intercorrê ncia, com dinais totais P.A 104x70 P: 48 ST: 99%, retirado o garrote, sem alterações <span style="float: right;">Tecma 56442</span>

HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FRANCO  
REQUISIÇÃO DE EXAMES  
INTERNAÇÃO

Nome: for Arcos Min da Revere

Justificativa: fx 3 mtc

Data: 13/08/15

FEZES	AMILASE
S. DE URINA	ACIDO URICO
ABO E FATOR RH	TGO
HEMOGRAMA COMPLETO	TGP
PLAQUETAS	GAMA GT
TS	BILIRRUBINA E FRAÇÕES
TC	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES
PROVA DE LAÇO	CREATININA
TP	UREIA
TTPA	LIPASE
RETICULOCITOS	COLESTEROL
VHS	HDL
MUCOPROTEÍNAS	LDL
DESIDROGENASE LÁTICA	TRIGLICERÍDEOS
CPK	GLICEMIA
CPK-MB	HEMOGLOBINA GLICADA
BHCG	ASLO
VDRL	PCR
COOMBS INDIRETO	LATEX
COOMBS DIRETO	
SÓDIO	
POTASSIO	US
CLORO	RX mas é para...
CALCIO	ECG
MAGNESIO	
FOSFORO	
FERRO	
FOSFATASE ALCALINA	

CRM 3691  
Cirurgião de Medicina  
Dr. Cesar Augusto de Moraes  
Medico

Touros RJ.



**HOSPITAL REGIONAL NOSSA SENHORA DO SOCORRO**  
**FICHA DE ATO CIRÚRGICO**
**PACIENTE:** *Jon Acosta. Hora a setas*
**DIAGNÓSTICO PRÉ - OPERATÓRIO:** *fractura de 3 MTC*
**CIRURGIA REALIZADA:** *Fractura metatarso*
**CIRURGIÃO:** *Costa*
**AUXILIARES:** *Fernando*
**ANESTESIA:** *Lorazepam*
**ANESTESISTA:** *Almeida*
**DIAGNÓSTICO PÓS - OPERATÓRIO:** *Osteosíntese*
 **CIRURGIA LIMPA**       **CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA**
 **CIRURGIA CONTAMINADA**       **CIR. INFECTADA**
**INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO?**  **SIM**  **NÃO**
 **VIAS AÉREAS SUP.**  **PULMONAR**  **URINÁRIA**  **SNC**  **TGI**
 **CUTÂNEO**       **AP. CARDIO - VASCULAR**       **OUTROS**
**DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**

*Paciente em DDU nos antebraços*

*Reduzido anágono + atrofia + edema das caras extensoras*

*Reduzido envergamento + gomosco do MTC*

*Reduzido indireto manobra + fricção com 2 fios de*

*fluoroplatina. Relevo do fôrma*

*Cintura + falso amoldado*

*A HEPA.*

**DATA:** 13/08/19
**Cirurgião**

*Dr. Constantino Tavares  
Ortopedista  
Cirurgião de MTC  
CRM 3641*

19:30

**SAÚDE MUNICIPAL  
DE REDONDO  
MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE  
INSC.

86882

**UPA24h**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
DONA ZULMIRA SOARES

José Antônio Alves de Souto

DATA:

30/07/19

DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1882 SEXO: M

José Alves de Souto

Técnico Padeiro de Souto

Alto de São Paulo

REFERÊNCIA:

Agricultor

RESPONSÁVEL:

## QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

HANSENIASE	
HEMORRAGIA	
HEMOFILIA	
HIPERTENSÃO	

PSICOPATIA	
TUBERCULOSE	
TIPO DE SANGUE	

EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

30/07/19 - Surtado para casa os meus

via PÚBLICA. Suspeita de furina de 33 mo-

racaõa direita

- C.O. (1) Diarréia contínua J *[Assinatura]*  
 (2) Diarréa contínua J *[Assinatura]*  
 (3) Sfô, pt. revo. 5, 28g m  
 (4) Obezidade  
 (5) No sono

*[Assinatura]*

REGISTRO GERAL  
2039683 -2 2º VIA DATA DE  
EXPEDIÇÃO 27/05/2008

JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

PILOTO

JOSE ALVES DE SANTANA  
ALTACERIAS CALDEIRA DE SANTANA

PROFISSÃO: ALVAREZ  
PROFISSÃO: ALVAREZ

DATA DE NASCIMENTO:  
15/09/1932

CERTIFICADO DE NASCIMENTO N.º 5487 LV. 07B FL. 245

CAPT DISTR DE PR. COM DE PORTO DA FOLHA SE

016-426.315-57

CARTERA DE IDENTIDADE

Jose Aragao R. de Santana



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN - SE

Nº 015544937331  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÓD. RENAVAM 00327168453 R.N.T.R.C. 00327168453 EXERCÍCIO 2019

NOME

JOSE MACIEL ARCRUJO DOS ANJOS

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

ES

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

000010045147

## PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) José Aragão Alves Santana ( nacionalidade ) Brasileiro , ( profissão ) funcionário , portador da cédula de identidade RG nº 2039883-2 , emitido pela SSP / (UF) SE , inscrito sob o CPF nº 008.426.615-57 , residente na ( endereço completo ) Poco Redondo , na cidade de Poco Redondo , ( UF ) SE , CEP 99.810-00 , nomeio e constituo meu procurador , ( nome do representante ) Marco Aurélio Modesto Maron ( nacionalidade ) Brasileiro , ( profissão ) Advogado , portador da cédula de identidade RG nº 21233829 , emitido pela SSP / (UF) SE , inscrito sob o CPF nº 020.003.625-00 , residente na ( endereço completo ) Poco Redondo , na cidade de Poco Redondo , ( UF ) SE , CEP 99.810-000 , a quem confiro amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) José Aragão Alves Santana junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** .

( local e data ) Poco Redondo - 14/10/2019

(assinatura) José Aragão Alves Santana

( RG ) 2039883-2



Selo TJSE: 201 9 29563 00-7260  
Acesse: [www.tjse.jus.br/X/70209](http://www.tjse.jus.br/X/70209)

Reconheço como verdadeira (s) a (s) firma (s) de  
(José Aragão Alves Santana) Marco Aurélio Modesto Maron  
1º Ofício da Comarca da Poco Redondo/SE 14/10/2019 201 9  
em testemunho da verdade

Bel. Marco Aurélio Modesto Maron  
Notário Titular

OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406061/19

**Número do Sinistro:** 3190645901

**Vítima:** JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

**CPF:** 008.426.615-57

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/07/2019

**Titular do CPF:** JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/12/2019  
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019  
Nome: VERA LUCIA DA SILVA BERTOI  
CPF: 675.189.230-68

VERA LUCIA DA SILVA BERTOI

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190645901**

**Vítima: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA**

**Data do Acidente: 30/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190645901**

**Vítima: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA**

**Data do Acidente: 30/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

**Recebedor: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA**

**Valor: R\$ 945,00**

**Banco: 047**

**Agência: 00000043**

**Conta: 000001032674-3**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190645901**

**Vítima: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA**

**Data do Acidente: 30/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

Carta nº 15313993

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  008.426.615-57 4 - Nome completo da vítima:  José Aragão Alves de Santana

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS - FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> José Aragão Alves de Santana	6 - CPF: <input type="text"/> 008.426.615-57		
7 - Profissão: <input type="text"/> Barnador	8 - Endereço: <input type="text"/> Povoado Alto Vistoso	9 - Número: <input type="text"/> 511	10 - Complemento: <input type="text"/> Casa
11 - Bairro: <input type="text"/> Sítio Rural	12 - Cidade: <input type="text"/> Poço Redondo	13 - Estado: <input type="text"/> SE	14 - CEP: <input type="text"/> 49810-000
15 - E-mail: <input type="text"/> Marcosdegloria@gmail.com		16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> 79-99918-9202	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caja Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:  Banco

AGÊNCIA:  043

CONTA:  01/032624

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,  José Senehada Glória, 15.10.2019

José Aragão Alves de Santana

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 107689/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/10/2019 09:45 Data/Hora Fim: 14/10/2019 10:06  
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 30/07/2019 19:00

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: Rodovia Estadual SE230

CEP: 49.810-000

Complemento: em frente ao Posto de Gasolina São Jorge

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA (VITIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: AL - Pão de Açúcar	Sexo: Masculino	Nasc: 15/09/1982
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais			
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Altogenas Caldeira de Santana	Nome do Pai: Jose Alves de Santana		

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: Povoado Alto Vistoso

CEP: 49.810-000

Telefone: (79) 9850-7094 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA	CPF/CNPJ do Proprietário 032.041.825-17
Placa NVH8994	Renavam 327168463
Número do Chassi 9c2kc1670br554713	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Poço Redondo	Marca/Modelo HNDA/CG 150 FAN ESI
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jose Aragao Alves de Santana	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que pilotava uma motocicleta pertence a JOSE MACIEL ARCANJO DOS ANJOS, pela Rodovia estadual SE230, quando nas proximidades do Posto São Jorge, colidiu frontalmente com uma outra motocicleta que parou



Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana  
Impresso por: Cleber Martins da Silva  
Data de Impressão: 14/10/2019 10:07  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

de forma inesperada. Que devido a colisão sofreu fraturas na mão direita, sendo socorrido e encaminhado à UPA POÇO REDONDO, e no dia seguinte transferido para o hospital da cidade de Nossa Senhora do Socorro/SE, onde foi submetido a intervenção cirúrgica. É o relato.

ASSINATURAS

José Roberto de Melo Santos  
Cleber Martins da Silva  
Agente de Polícia  
Delegacia de Poço Redondo - SE  
Responsável pelo Atendimento

José Aragão Alves de Santana  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) ônus(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."